

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THESE

N°

113

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Hubert BAUMANN

Né le 15 Août 1909, à Saint-Nabord (Vosges)

Présentée et soutenue publiquement le 17 JUIN 1943 19

**Considérations sur la conduite à tenir
en présence d'une insertion basse
du placenta**

Président : M. PORTES, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1943

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **BAUMANN**

Prénom : **Hubert.**

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

BAUMANN (Hubert). — Considérations sur la conduite à tenir en présence d'une insertion basse du placenta. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 50 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

BAUMANN (Hubert). — Considérations sur la conduite à tenir en présence d'une insertion basse du placenta. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 50 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

BAUMANN (Hubert). — Considérations sur la conduite à tenir en présence d'une insertion basse du placenta. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 50 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

BAUMANN (Hubert). — Considérations sur la conduite à tenir en présence d'une insertion basse du placenta. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 50 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Hubert BAUMANN

Né le 15 Août 1909, à Saint-Nabord (Vosges)

Présentée et soutenue publiquement le 19

**Considérations sur la conduite à tenir
en présence d'une insertion basse
du placenta**

Président : M. PORTES, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, Rue Deparcieux, 29

1943



LE DOYEN BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histologie naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	LIAN.
Pathologie expérimentale comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	FIESSINGER.
Clinique des maladies des enfants	HARVIER.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	P.-VALLERY-RADOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	CATHALA.
Clinique des maladies du système nerveux	Robert DERRE.
Cliniques des maladies infectieuses	LEVY-VALENSI
Clinique chirurgicale	GOUGEROT.
Clinique ophtalmologique	GUILLAIN.
Clinique urologique	LEMIERRE.
Clinique d'accouchements	CADENAT.
Clinique gynécologique	MONDOR.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	QUENU.
Clinique thérapeutique médicale	BROCC.
Clinique oto-rhino-laryngologique	VELTER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique propédeutique	COUVELAIRE.
Clinique de la Tuberculose	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale orthopédique	PORTES.
Clinique de cardiologie	MOCQUOT.
Clinique de neuro-chirurgie	LEVEUF.
Assistance Médico-sociale	LOEPER.
Professeurs sans chaire	LEMAITRE.
	SENEQUE.
	M. VILLARET.
	TROISIÈRE.
	MATHIEU.
	DONZELOT.
	Clavis VINCENT
	N...
	DOGNON.
	HAZARD.
	JAYLE.
	OLIVIER
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.			MM.		
AMELINE	Pathologie	chirur-	DE GENNES	Pathologie	médi-
	cale.			cale.	
BARIETY	Pathologie	médi-	JOANNON	Hygiène	
	cale.		LACOMME	Obstétrique.	
BESANÇON Justin.	Hydrologie.		LANTUEJOUL	Obstétrique.	
BONNET	Bactériologie		LAVIER	— Parasitologie.	
BOULIN	Pathologie	médi-	LELONG	Pathologie	médi-
	cale.			cale.	
BROUET	Pathologie	médi-	LEMAIRE	Pathologie expéri-	
	cale.			mentale.	
BULLIARD	Histologie.		LENEGRE	— Pharmacologie.	
CACHERA	Pathologie	médi-		Pathologie	médi-
	cale.		Mlle J. LEVY	cale.	
CORDIER	Anatomie.		MARCHAL	Pathologie chirur-	
COSTE	Pathologie	médi-		gicale.	
	gicale.		MENEGAUX	Pathologie	médi-
JOUVELAIRE (Roger)	Urologie.			cale.	
DELARUE	Anatomie patholo-		MOLLARET	Pathologie	médi-
	gique.			cale.	
DELAY	Pathologie	médi-	MOUQUIN	Pathologie chirur-	
	cale.			gicale.	
DESGREZ (H.)	Physique.		PATEL	Ophthalmologie.	
DESOILLE	— Médecine légale.			Physiologie.	
DIGONNET	Obstétrique.		RENARD	Pathologie chirur-	
DOGNON	Physique.			gicale.	
FÈVRE	Pathologie	chirur-	RICHET	Pathologie	médi-
	gicale.			cale.	
FUNCK-BRENTANO	Pathologie	chirur-	SICARD	Pathologie	médi-
	gicale.			cale.	
GALLIARD	Parasitologie.		SOULIE	Obstétrique.	
GARCIN	Pathologie	médi-		Pathologie	médi-
	cale.		SUREAU	cale.	
Mlle GAUTHIER.	Anatomie patholo-		TURPIN	Pathologie chirur-	
	gique.			gicale.	
			WILMOTH	Pathologie	médi-
				cale.	

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirur-	HUGUENIN	Anatomie Patholo-
	gicale.		gique.
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.	LE LORIER	— Obstétrique.
GUENIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE ..	Parasitologie.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirur-	PIEDELIEVRE ...	Médecine légale.
	gicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALAJOUANINE	} Clinique médicale.
BRULE	
LAROCHE Guy	
MOREAU	
SEZARY	

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale.
GATELLIER ...	
de GAUDART	
d'ALLAINES .	
MOULONGUET .	
MOURE	

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.

N... ..	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
IL... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Dont l'énergie et la haute valeur morale resteront pour moi un exemple.

A LA MEMOIRE DE MON FRERE FRANÇOIS mort pour la France

A MA MERE

En gage de grande tendresse et de reconnaissance.

A MA FEMME

Dont la sollicitude et la collaboration nous ont été précieuses.

Faible témoignage de ma profonde affection.

A MA FILLE CHERIE

A MON FRERE

A MA SŒUR

A MES BEAUX-PARENTS

A MA FAMILLE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR L. PORTES

Professeur de clinique obstétricale
Accoucheur des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

*Pour le grand honneur qu'il nous
fait en acceptant la présidence de
cette thèse.*

*Nous lui exprimons nos très res-
pectueux sentiments.*

A MES JUGES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LOUIS DIGONNET

Accoucheur de l'Hôpital Tenon

*Qui a bien voulu nous inspirer le
sujet de cette thèse. Avec l'expression
de notre respectueuse gratitude pour
son aide bienveillante et en témoi-
gnage de reconnaissance pour le pré-
cieux enseignement dont nous avons
profité auprès de lui dans les Hôpi-
taux.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAUBRY

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoullet

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARVIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMAND

MONSIEUR LE DOCTEUR CHIRIE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DIGONNET

MONSIEUR LE DOCTEUR CLEISZ

MONSIEUR LE DOCTEUR DUHEM

INTRODUCTION

Durant notre stage dans les divers services d'obstétrique, nous avons été frappé de la diversité des procédés d'intervention utilisés en présence d'une insertion basse du placenta. Nous avons recueilli sur ce sujet un certain nombre d'observations en particulier dans les travaux de M. le Professeur agrégé DIGONNET auquel nous tenons ici à adresser l'expression de notre gratitude pour l'aide précieuse qu'il nous a apportée.

Le traitement de l'insertion basse du placenta a déjà fait l'objet de multiples travaux et en particulier de nombreuses thèses. En reprenant une fois encore ce sujet, nous savons bien que nous n'apportons pas à l'abondante littérature déjà consacrée à ce sujet une contribution nouvelle importante. Cependant nous espérons donner ici, à la lumière d'une série d'observations inédites, une vue d'ensemble de la conduite à tenir en présence d'une insertion basse du placenta.

Nous avons adopté le plan de travail suivant :

Après une rapide revue des principaux ouvrages, articles et observations publiés depuis une dizaine d'années, nous étudions à la lumière de nos observations les différentes variétés d'insertion basse avec leur pronostic maternel et fœtal et leur traitement.

HISTORIQUE

La multiplicité des travaux parus sur la conduite à tenir en présence d'une insertion basse du placenta nous interdit de passer ici en revue la totalité de la littérature se rapportant à la question. Nous nous limiterons donc, dans le temps, aux observations et revues générales parues durant ces dix dernières années, et, dans l'espace, aux travaux dont nous avons pu prendre connaissance, étant donné les conditions difficiles dans lesquelles nous avons dû rédiger notre travail. En effet, la presque totalité de la littérature étrangère est actuellement hors de notre portée, et même une partie de la littérature française nous échappe. On voudra bien nous en excuser, et se reporter aux thèses récentes dont les auteurs, plus heureux que nous, ont pu consulter une abondante documentation.

Toutefois quatre noms se détachent car ils font date dans l'histoire du traitement de l'insertion vicieuse du placenta.

Ce sont ceux de :

PUZOS, PINARD, CHAMPETIER DE RIBES et COUVE-LAIRE.

— PUZOS, dans son « *Traité des Accouchements* contenant des observations importantes sur la pratique de cet art », Paris 1759, est un des premiers à conseiller dans les cas d'hémorragies graves dues à une insertion vicieuse du placenta, une large rupture des membranes après avoir dilaté largement le col en cas de nécessité.

— PINARD, dans son « *Traitement de l'insertion*

vicieuse du placenta » exposé dans ses leçons professées à la clinique de la Faculté en 1887, insiste dans les observations personnelles de son service de Lariboisière sur l'utilité de la rupture précoce des membranes pour faire cesser l'hémorragie dans l'insertion vicieuse du placenta.

Dès 1885, dans ses leçons cliniques sur le traitement des hémorragies du placenta prævia il conseille :

1° De s'assurer que la présentation est celle du sommet ou du siège. S'il s'agit d'un tronc, le transformer en siège ou sommet ;

2° De rompre largement les membranes qu'il y ait ou non travail ;

3° De supprimer le tamponnement.

— CHAMPETIER DE RIBES, dans son traité sur « L'Accouchement provoqué avec dilatation du canal génital à l'aide de ballons introduits dans la cavité utérine pendant la grossesse » en 1888, conseille de poser un ballon en cas d'hémorragie grave par insertion vicieuse du placenta, avant tout début de travail.

Il faut rompre les membranes et mettre un ballon dans la cavité de l'œuf. Le ballon fera tamponnement.

Il reprend à nouveau la question dans les mêmes termes dans son « Etude anatomique sur l'insertion vicieuse du placenta » en 1899.

— Enfin, COUVELAIRE, dans sa « Communication à la Société Obstétricale de France », 5-7 octobre 1911, traite de l'opération césarienne conservatrice dans les tumeurs prævia. Lorsqu'on est en présence d'hémorragies par insertion vicieuse du placenta, ces hémorragies sont le plus souvent justiciables d'après lui, de traitements obstétricaux par les voies naturelles.

Il faut pratiquer l'opération césarienne quand il y a une hémorragie grave près du terme.

Quand, dit-il, l'hémorragie devient très grave et qu'en outre il y a infection il faut pratiquer une hystérectomie.

Puis citons, pour les avoir eues sous les yeux, la thèse de DESOUBRY, soutenue en 1925 et consacrée aux interventions chirurgicales dans le traitement du placenta prævia, une intéressante étude de PERETTI DE LA ROCA, parue en 1929, et concernant une septicémie colibacillaire compliquant une hystérectomie pour hémorragie d'une insertion basse du placenta, la série des six cas de MONTAGNE, placenta prævia traités par évacuation extemporanée sous rachi-anesthésie [méthode de DELMAS] 1931, et enfin les trois observations de LAMBERT, publiées l'année suivante.

Les travaux parus en 1933 que nous avons pu consulter sont de quatre ordres bien différents : d'abord, des *observations isolées*, dont nous retiendrons celle de NERSON et ISRAEL, concernant une femme atteinte de dyscrasie sanguine et traitée avec efficacité par les transfusions répétées. Ensuite, des *revues générales*, parmi lesquelles se détachent celle de JEANNIN, de MICKULICZ, RADECKI, la thèse de BENEYTOUT, plus spécialement consacrée au pronostic de l'anomalie placentaire qui nous occupe. Puis des *statistiques*, prises dans des maternités, et cherchant surtout à établir les indications et l'efficacité des traitements appliqués : étude de REEB, portant sur 12 années de Clinique de Gynécologie et Obstétrique de Strasbourg; de KELLER, qui rassemble 100 cas dans la même Faculté; thèse de MERCIER, consacrée plus spécialement au traitement des hémorragies pour insertion basse du placenta; de DELMAS, sur la conduite à tenir en cas d'hémorragies. Viennent enfin les travaux consacrés au traitement exclusivement chirurgical : thèse de MAYER, exposant le traitement chirurgical des hémorragies par insertion vicieuse du placenta, à la Clinique Baudelocque, de 1920 à 1931; rapport de PAUCOT et REEB au VIII^e Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française; revue générale de ROUME, de LAFONT et FULCONIS, des Belges WEYMEERSCH et SNOECK, de LEQUEUX; enfin, les trois observations de ANDERIODAS et

MAHON, rapportant des cas d'hystérectomie pour hémorragie grave.

A côté de l'étude de HÉBERT, parue en 1934, et surtout celle de VIGNES, mentionnons quatre thèses soutenues cette même année, consacrées l'une à la mortalité par hémorragie due au placenta prævia (SZEKELY), la seconde à 60 cas observés à la maternité de l'Hôpital Tenon (LEROY), la troisième au traitement des hémorragies d'après les observations recueillies dans le service du Professeur METZGER (DOLLE), la dernière enfin sur l'emploi du ballon de Champetier de Ribes (LAZAROVICI). LAFONT et FULCONIS publient une intéressante statistique fondée sur les observations de la Maternité d'Alger.

Et ce sont encore des statistiques que nous apportent en 1936 VORON, BROCHIER et SOULIEZ, qui décrivent 14 cas d'hystérectomie. J. RAVINA, puis TRILLAT, montrent la place qui revient à la césarienne vaginale dans le traitement de l'insertion placentaire vicieuse.

BICKENBACH consacre un article à la césarienne dans le placenta prævia, HOLTERMANN, à la méthode de Delmas.

LLOYD et GIESEN publient, en Angleterre, en 1938, une revue de 286 cas de placenta prævia, en particulier au point de vue de leur traitement. HOGLER décrit la technique de la césarienne dont PALLIEZ et GERNEZ rapportent un cas heureux, et BOUCHACOURT une observation suivie d'hystérectomie. La malade de CAMBON et GUIDONI présentait en outre un fibrome du corps utérin. FALIS rapporte ses résultats avec la progestine.

Ce sont encore des statistiques intéressantes que nous apportent, l'année suivante, l'Allemand BERGK, qui étudie les résultats du traitement du placenta prævia à la Clinique Gynécologique de Giessen de 1915 à 1937; le Viennois MOSETTIG; HERRNBERGER, qui rassemble dix années d'observations en Polyclinique. DAVIDSON, BUSSE, envisagent les différents traitements et leurs indications res-

pectives. La malade de DAVEO est traitée pour hémorragie par la méthode d'accouchement médical provoqué, puis par une césarienne. Dans l'observation de RHENTER et NOTTER, on trouve associés un placenta prævia et un fibrome utérin. Enfin, DIGONNET nous apporte une très intéressante statistique personnelle de césarienne basse conservatrice.

C'est surtout au diagnostic radiologique du placenta prævia que les Américains BROWN et DIPPEL, puis JARCHO, consacrent d'importants articles en 1940. Ce dernier auteur décrit en outre la technique de l'accouchement provoqué. Puis vient toute une série d'articles consacrés au traitement de l'anomalie qui nous occupe : indications de la césarienne, par BICKENBACH, diagnostic et traitement des hémorragies du dernier trimestre de la grossesse, par J.-T. WALLACE, revue des diverses thérapeutiques utilisées, par HOHAGE, césarienne vaginale, par GOECKE. BURGER donne les directives à suivre dans le traitement de l'insertion placentaire vicieuse, auquel FAUDOT consacre également sa thèse.

SCHOCKAERT, un cas curieux de placenta prævia accreta reconnu lors de l'opération césarienne pratiquée pour placenta prævia pur, et traité par hystérectomie subtotale.

MARR a consacré en 1941 une importante étude que nous n'avons malheureusement pas pu nous procurer sur l'historique du traitement du placenta prævia, dont BOWEN fait une revue générale détaillée. L'Allemand MARTIN décrit plus particulièrement les techniques et les indications de la césarienne vaginale antérieure, VIGNES, la méthode de Willette, TASCH, le procédé de Gauss. Enfin, tout dernièrement, WOLF a signalé un cas de toxémie mortelle dans les suites d'une césarienne pour placenta prævia.

On voit donc que l'insertion vicieuse du placenta prævia n'a pas cessé d'attirer l'attention de nombreux obstétriciens, qui ont cherché à préciser les indications et à per-

fectionner les techniques des divers procédés thérapeutiques susceptibles d'assurer la survie maternelle et fœtale. Si les avis divergent encore sur la valeur des diverses méthodes, c'est qu'en réalité il ne peut y avoir un traitement unique et systématique d'une anomalie qui, comme nous allons le voir, est extrêmement variable d'un cas à l'autre, aussi bien dans sa topographie et sa configuration, que dans l'intensité des accidents qu'elle détermine.

OBSERVATIONS

Les quelques observations personnelles suivantes ont été recueillies dans les différents services d'obstétrique que nous avons fréquentés. C'est dire leur extrême diversité. Nous leur avons cependant conservé leur ordre chronologique, car étant donné leur nombre restreint il était difficile de les grouper par gravité, intervention ou catégorie.

OBSERVATION I

Tertipare de 28 ans. Hémorragies au 8^e mois de la grossesse. Placenta prævia latéral. Version par manœuvres mixtes de Braxton Hicks. Enfant vivant. Délivrance artificielle. Suites simples.

OBSERVATION II

Primipare de 27 ans. Hémorragie inquiétante au début du travail. Placenta prævia latéro-marginal. Césarienne basse conservatrice. Naissance de 2 jumeaux vivants.

OBSERVATION III

Tertipare de 32 ans. Placenta prævia centre pour centre. Césarienne haute à 7 mois 1/2. Infection prolongée avec manifestations toxiques et non péritonéales. Sulfamidothérapie pratiquée avec succès. Enfant vivant.

OBSERVATION IV

Tertipare de 28 ans. Placenta prævia partiel remontant sur la face antérieure de l'utérus. Hémorragies fréquentes mais minimes pendant la mise en observation, malgré le repos absolu et le traitement médical.

On décide d'intervenir par voie chirurgicale à 8 mois 1/2 de la grossesse : césarienne basse pour éviter les hémorragies plus graves que déclancherait le début du travail. Très abondante hémorragie à l'exposition de la partie utérine sur laquelle le placenta était en partie inséré, et à laquelle il adhère très fortement. Endométrite. Intervention longue, la malade est shockée; anémie aiguë; infection. Sulfamidothérapie. Malgré toutes les thérapeutiques, la malade meurt en 18 heures. L'enfant est vigoureux, pèse 3 kg 330. Le placenta pesait 520 grammes.

OBSERVATION V

Tertipare de 38 ans. Sommet mobile. Contractions utérines fortes, dilatation en 2 h. 55 après rupture artificielle des membranes avec un col à 2 fr. Pendant le travail, émission de sang à caractère hémorragique; une hémorragie était survenue quelques heures avant tout travail et avait cédé au repos au lit et traitement médical. La rupture artificielle des membranes fait cesser l'hémorragie. Expulsion en 5 minutes en position occipito-pubienne d'un enfant pesant 3 kg 110. Délivrance par expression, avec perte sanguine normale, d'un placenta qui présente une zone de décollement noirâtre sur le bord. Sa forme est circulaire. Le cordon présente un nœud lâche cervical. Il s'agit donc ici d'un accouchement spontané normal d'une durée de 3 heures, malgré un placenta prævia latéral. Suites bonnes.

Avec l'autorisation du professeur agrégé DIGONNET, nous nous permettons de citer ici ses observations personnelles :

I. — Obs. N° 74, Année 1939, Clinique Baudelocque, Service de M. le Professeur COUVELAIRE.

Résumé: Césarienne basse faite au cours du travail pour hémorragies à répétition. Présentation transversale. Menace d'infection ovulaire.

Mme B..., 33 ans, neuvième mois de la troisième gestation, hémorragies. La 1^{re} gestation: accouchement à terme, la 2^e, avortement au quatrième mois. La gestation actuelle (D. R. 30 mars, 3 avril 1929) sans incident jusqu'au sixième mois. Le 16 octobre (sixième mois), le 27 novembre (septième mois) se produisent des hémorragies spontanées abondantes (quarante-huit heures chacune). Du 15 décembre au 3 janvier 1930: troisième, quatrième et cinquième hémorragies décidant la malade à entrer à la clinique.

Examen à l'entrée: H. U. 35. Présentation transversale, pôle céphalique dans le flanc gauche. Foetus anormalement élevé par rapport à la symphyse pubienne. Enfant vivant. Bon état général, pouls 80, temp. 37°. Au toucher: col élevé, long, non perméable, ni sang, ni liquide amniotique. Les jours suivants, la température ne dépasse pas 37°5; mais persistance d'un écoulement sanguin abondant, intermittent.

Entrée en travail: le 11 janvier 1930, perte d'un peu de liquide séro-sanguinolent. Au toucher: col très élevé, perméable, à l'intérieur duquel on perçoit à bout de doigt une basse légèrement saillante, arrondie et lisse, considérée par M. le Professeur COUVELAIRE comme pouvant être constituée d'un polype fibreux ou par un caillot ancien organisé. Un toucher manuel, pratiqué sous anesthésie générale, permet de sentir une masse arrondie et lisse, occupant la région de l'orifice interne du col; au-dessus de cette masse, on perçoit le placenta et plus haut, vers la droite, on arrive sur les membranes.

Intervention (DIGONNET) : Césarienne basse supra-symphysaire.
Particularités: segment inférieur mal constitué, bas et étroit. A l'incision de la paroi utérine, on constate qu'elle est anormalement épaisse et il se produit une hémorragie très abondante. L'incision amène sur la masse placentaire, et, pour pénétrer dans l'œuf, il faut aller chercher les membranes très haut sous la face antérieure de l'utérus. Au cours de cette manœuvre se produit une hémorragie en nappe très abondante. Terminaison de l'opération suivant le procédé habituel. L'examen du placenta montra que celui-ci était étalé et irrégulier à sa partie postéro-inférieure. Un caillot organisé de formation récente était appendu au bord libre de la masse placentaire. Des prélèvements faits, sous garantie d'aseptie, permirent des cultures de streptocoques hémolytiques à l'état de pureté (inoculation au lapin : mort en quarante-huit heures).

Suites opératoires : Satisfaisantes pendant huit jours. Le onzième jour: poussée thermique avec diarrhée et ballonnement dus à la présence d'une anse grêle qui avait fait hernie à travers la partie supérieure de la suture musculaire. Réintervention sous anesthésie locale, suture au crin. La femme quitta la clinique trente-trois jours après l'intervention. Etat normal.

II. — Obs. 819, Année 1930 (Clinique Baudelocque. Service du Professeur COUVELAIRE).

Résumé : Césarienne basse au début du travail. Présentation transversale avec malformation utérine. Placenta prævia. Hémorragie.

Mme A..., 33 ans, entre à la clinique au neuvième mois de sa deuxième gestation pour présentation transversale irréductible. Première gestation: sans incident, accouchement à terme, spontané et normal. La gestation actuelle (D. R., 2 juillet 1929) sans incident jusqu'au septième mois: légère hémorragie qui se poursuit d'une façon irrégulière pendant quinze jours, puis cessa complètement. La femme entre à la clinique le 11 avril 1930.

Examen : Utérus bicorne, présentation transversale, tête dans la corne droite. Au toucher: col élevé mais déhiscent permettant

d'arriver sur les membranes. Pas d'hémorragie. Bassin normal. Enfant vivant.

Le 12 avril: rupture spontanée et prématurée des membranes. au toucher: col dilaté (5 francs) laissant passer le coude gauche. Le placenta n'est pas senti. Enfant vivant, mais bruits du cœur ralentis.

Intervention (Docteur DIGONNET): Césarienne basse, suprasymphysaire. Hystérotomie médiane sur le segment inférieur qui est bien formé et suffisamment mince. Le placenta est inséré en arrière, le bord inférieur surplombant l'orifice cervical: variété latérale. L'opération est poursuivie sans incident suivant le procédé habituel. Suites opératoires normales, apyrétiques, la femme quitte la clinique le vingtième jour après l'opération.

III. — Obs. N° 1.134, année 1932.

Résumé: Césarienne basse chez une primipare, 37 ans, pour insertion basse du placenta (variété recouvrante).

Mme M..., âgée de 37 ans, tertipare, entre à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, le 25 novembre, pour des hémorragies répétées, abondantes, dans les jours précédents. Pas d'antécédents pathologiques. Antécédents obstétricaux: deux grossesses normales avec accouchement à terme.

Examen: Hémorragie importante avec anémie aiguë. Au toucher, col effacé; le doigt atteint la masse rugueuse du placenta. L'indication opératoire est commandée par l'importance de l'hémorragie due à un placenta prævia, type recouvrant.

Intervention (Docteur DIGONNET): Césarienne basse suprasymphysaire. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Décollement vésico-utérin. Hystérotomie médiane sur le segment inférieur et extraction d'un garçon vivant pesant 3 kg 500 grammes. Le placenta est absolument recouvrant, au-devant du pôle céphalique, délivrance artificielle; poids de l'A. F.: 750 grammes. Paroi utérine en deux plans au catgut n° 3. Péritoine en deux plans. Suture de la paroi en trois plans.

Evolution post-opératoire: Malgré le traitement préventif habituel des phlébites, la femme a fait une phlébite du membre inférieur. Elle quitte la Maternité deux mois après l'intervention.

IV. — Obs. N° 725, année 1934.

Résumé: Césarienne basse pour insertion basse du placenta (variété recouvrante). Début d'infection ovulaire au cours du travail.

Mme D..., 34 ans, entre à la Maternité de Port-Royal (Pavillon Chaussier), le 26 juillet, pour hémorragies. Antécédents obstétricaux: première grossesse 1928, accouchement à terme, normal. Quinze jours après, température à 40°. Curettage. Deuxième grossesse 1929, accouchement prématuré à huit mois; hémorragie, délivrance artificielle. Cinq jours après, curettage pour hémorragie avec température à 40°. La gestation actuelle (D. R. 25 octobre) a évolué normalement jusqu'au huitième mois (albuminurie jusqu'au cinquième mois).

Examen à l'entrée: H. U. 29, enfant vivant, la femme perd des caillots. Au toucher: col effacé, dilatation 2 francs, le doigt atteint le placenta. Température 38°1, pouls 124.

Une demi-heure plus tard, l'hémorragie persiste, nombreux caillots dans le vagin, dilatation 2 francs. En insinuant le doigt derrière la lèvre antérieure du col, on sent le placenta, mais on n'attient pas les membranes. Sérum sous-cutané, huile camphrée.

Intervention (DIGONNET): Hystérotomie sur le segment inférieur. Incision sur le placenta jusqu'à 2 centimètres de son bord supérieur. La partie inférieure de la section placentaire répond à l'orifice interne du col. Placenta recouvrant, véritablement central. Le fœtus vivant est extrait au travers du placenta.

Evolution post-opératoire: La température atteint 38°4 le soir de l'intervention, redescend progressivement à la normale, atteint 37° le dixième jour. Lever de la femme le vingt et unième jour; elle quitte la Maternité guérie.

V. — Obs. N° 1637, année 1934 (Service de M. le Docteur CHIRIÉ).

Résumé: Césarienne basse pratiquée au cours du travail pour hémorragie grave par insertion basse du placenta (placenta recouvrant).

Mme M..., 27 ans, est transportée d'urgence à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, le 12 décembre, pour hémorragie très abondante survenue dans la nuit du 11 au 12 et les deux jours précédents. Pas d'antécédents pathologiques particuliers. Une première grossesse en 1931: pyélonéphrite après l'accouchement. La gestation actuelle (D. R., 6 au 10 mars) a évolué sans incident jusqu'au neuvième mois. Le 5 décembre: première hémorragie très abondante, mêlée de gros caillots. Du 6 au 9 décembre, l'hémorragie cesse complètement, mais il se produit néanmoins une syncope le 6. Reprise de l'hémorragie les 10 et 11 décembre, augmentant d'abondance dans la nuit du 11 au 12. La femme est alors dirigée d'urgence sur la Maternité de l'Hôtel-Dieu.

Examen à l'entrée: Assez bon état général, température normale, pouls 92, H. U. 34, présentation céphalique élevée, enfant vivant. Au toucher: l'excavation est vide, le vagin encombré de caillots, la dilatation à 2 francs. On ne sent que le placenta dans le col.

Une heure plus tard: Reprise de l'hémorragie, plus abondante. A l'examen: dilatation 5 francs, température 37°2, pouls entre 90 et 100. Aucun signe général d'hémorragie, sauf état nauséeux.

Soins pré-opératoires: Deux fois 10 cmc. H. C., 500 cmc. de sérum physiologique sous-cutané. Injection vaginale à la solution de Tarnier.

Intervention (DIGONNET): Césarienne basse au cours de laquelle on note les particularités suivantes: segment inférieur très aminci, très friable; placenta étalé, bilobé. Extraction de l'enfant (ergotine 1 cmc., hypophyse 10 unités). Sutures habituelles, sans drainage.

Suites opératoires: Température à 39° le lendemain. Pouls 140.

Les sept jours suivants, température à 38°. Phlébite malgré le traitement. Crachats hémoptoïques, température 39°, pouls 140 le sixième jour. Température normale le vingt et unième jour: réascension pouls et température le vingtième-septième jour avec point de côté thoracique gauche. La femme guérie quitte la maternité quarante-huit jours après l'intervention.

VI. — Obs. 343, année 1935 (Service de M. CHIRIÉ).

Résumé: Césarienne basse, insertion basse du placenta (type recouvrant), hémorragie abondante. Deux transfusions sanguines de 400 et 250 cmc.

Mme J..., 30 ans, tertipare, entre à la Maternité de l'Hôtel-Dieu au huitième mois de sa grossesse pour hémorragie très abondante. Antécédents pathologiques: arthrite coxo-fémorale à 16 ans. Antécédents obstétricaux: en 1931, avortement au terme de trois mois, suivi de métrite et de salpingite. En 1933: accouchement à terme, normal. La gestation actuelle, normale jusqu'au sixième mois (D. R., 30 mai-4 juin). Le 18 décembre, première hémorragie, cédant après un repos de quatre jours. Le 3 février, deuxième hémorragie très abondante de sang rouge, mais de courte durée. Le 12 février, troisième hémorragie cédant à un repos de quelques jours. Le 28 février, quatrième hémorragie nécessitant par son abondance le transport de la femme à l'hôpital.

Examen (DIGONNET): H. U. 31. Présentation du sommet très élevée, bruits du cœur perçus mais ralentis. Température 37°4, pouls 100. La malade se sent mal, bien que n'ayant pas saigné depuis son entrée. Au toucher: vagin encombré de caillots. Excavation vide. Dilatation 2 francs. Dans le col on ne sent que du placenta.

Soins pré-opératoires: 500 cmc de sérum physiologique sous-cutané (le transfuseur tardant à arriver), 10 cmc solucamphre caféine.

Intervention (DIGONNET): Césarienne basse au cours de laquelle on note que le segment inférieur est mal développé, étroit

dans le sens transversal, peu étendu en hauteur. Placenta inséré sur le segment inférieur, complètement recouvrant. Enfant vivant, poids 2.740 grammes, mais pâle, transfusion de 50 grammes.

Soins post-opératoires: Deux transfusions successives de 400 et 250 cmc. Soins habituels: sérum, H. C., sangsues à quatre reprises en dix jours.

Evolution post-opératoire: sans histoire. La température atteint 38° le troisième jour, entre 37°5 et 37° du dixième au seizième jour. La femme quitte l'hôpital le vingt-huitième jour.

VII. — Obs. N° 239, année 1936 (Service de M. CHIRIÉ).

Résumé: Césarienne basse pour insertion vicieuse du placenta (septième mois de la grossesse). Primipare. Diabétique.

Mme G..., 28 ans, entre dans le service le 28 février, pour hémorragies abondantes de sang rouge. Antécédents pathologiques: diabète ayant nécessité l'hospitalisation en avril 1935, avec glycémie 4 grammes. Glycosurie: 94 grammes par litre. Acétone. En mai: ulcère de la cornée.

Examen: H. U. 33, présentation céphalique, mais la tête déborde beaucoup au-dessus du plan de la symphyse comme rejetée en avant. Enfant vivant. Au toucher: col en voie d'effacement, souple, dilatation punctiforme. Masse interposée entre le doigt et la présentation. On n'atteint pas les membranes.

Intervention (DIGONNET): Césarienne basse. Quelques particularités: segment inférieur mal constitué, épais. Après hystérotomie: gros caillots du volume d'une tête d'adulte. Le bord placentaire descend assez bas, mais reste à petite distance de l'orifice interne du col. Extraction d'un enfant de 2 kg 440 grammes facilement ranimé. Délivrance immédiate. Examen du placenta: insertion excentrique du cordon; bord voisin ecchymotique et recouvert de caillots noirâtres.

Soins post-opératoires: habituels (sérum, solucamphre et insuline 20 unités). Le 29 février: glycémie, 1 gr.; glycosurie, 1 gr.; urée

sanguine, 0 gr. 51. Le 1^{er} et le 2 mars : 40 unités d'insuline; 20 unités les trois jours suivants.

Evolution post-opératoire: La température n'a pas dépassé 38° pendant deux jours; normale le troisième jour et se maintient à 37° jusqu'au vingtième. La femme quitte alors la clinique sur sa demande.

VIII. — Obs. n° 733, année 1936 (Service de M. CHIRIÉ).

Résumé: Césarienne basse pour insertion basse du placenta (type recouvrant) chez une femme primipare au huitième mois de la grossesse.

Mme C..., 32 ans, primipare, entre à la Maternité de l'Hôtel-Dieu le 13 juin, au huitième mois de sa grossesse (D. R. 10-20 septembre). Première hémorragie, au coucher, le 9 mai: sang rouge avec caillots pendant trois heures. Deuxième hémorragie le 21 août. Les jours suivants, la femme continue à perdre un peu de sang. Son état nécessite une hospitalisation de huit jours, du 16 au 26 mai.

Examen à l'entrée: H. U.: 32. Col long, perméable. Tête haute ayant tendance à fuir vers la fosse iliaque gauche. Perte de sang avec caillots. Température 37° 2. Pas de douleurs.

Une heure plus tard (DIGONNET): Même état. Enfant vivant. Au toucher: à travers le col on sent une surface grenue répondant au placenta.

Le lendemain: Quelques pertes sanglantes. La température ne dépasse pas 37° 4. Le pouls n'atteint pas 100. Au toucher: dilatation 2 francs, col incomplètement effacé, présentation céphalique inclinée (tête dans la fosse iliaque gauche). Excavation vide. A travers le col, à bout de doigt, on atteint la surface rugueuse du placenta. Le toucher amène une recrudescence de l'hémorragie qui avait persisté depuis la veille avec des paroxysmes.

Intervention (DIGONNET): Césarienne basse supra-symphysaire. Pas de particularités au cours de l'intervention.

Soins post-opératoires: Premières vingt-quatre heures, 500×2

sérum physiologique sous-cutané, 30 cmc. H. C., 0,1 de morphine. Deuxième vingt-quatre heures, 500×2 sérum physiologique sous-cutané 25 cmc. H. C. morphine, sangsues, citrate de soude, digitaline.

Evolution post-opératoire: La température n'a pas dépassé 38° le cinquième jour. Elle revient à la normale le sixième, se maintient normale jusqu'au dix-neuvième jour, date de sortie de la femme.

IX. — Obs. n° 1253, année 1936 (Service de M. CHIRIÉ).

Résumé: Césarienne basse faite après rupture prématurée des membranes, pour précidence du cordon. Insertion basse du placenta (variété latérale).

Mme B..., 32 ans, première gestation en 1934 : basiotripsie. Deuxième gestation en 1934 : avortement à trois mois, suivi de curetage. Troisième gestation actuelle (D. R. 10-15 janvier). Première hémorragie le 24 août (septième mois). Deuxième hémorragie le 10 octobre (de courte durée, mais commandant l'entrée de la femme à la Maternité). Troisième hémorragie le 17 octobre, suivie presque aussitôt de rupture prématurée des membranes. Liquide teinté. Au toucher: présentation très élevée, col ayant toute sa longueur, perméable au doigt. Anse du cordon perçue à travers le col, température normale, pouls 80.

Intervention (DIGONNET) : Au cours de l'hystérotomie, hémorragie pariétale très importante; on arrive en pleine insertion placentaire et il est assez difficile de savoir au doigt si l'on est dans l'épaisseur du muscle utérin ou au contraire entre utérus et placenta. L'incision utérine est poursuivie vers le bas aux ciseaux sous le contrôle du doigt. On est d'ailleurs gêné par l'abondance de l'hémorragie. L'incision est agrandie vers le haut, empiétant sur le corps utérin. Extraction d'un enfant vivant pesant 3.850 grammes.

Examen du placenta: l'incision utérine a sectionné le bord inférieur du placenta, lequel était inséré sur la paroi antérieure du segment inférieur. Le bord inférieur est aminci et de couleur chamois (recouvert de caillots anciens).

Evolution post-opératoire: normale, et la femme quitte la maternité le vingtième jour après l'intervention. Guérison.

X. — Obs. 1.002, année 1937 (Maternité de l'Hôtel-Dieu).

Mme C..., 37 ans, primipare, D. R. 20-25 novembre 1936. Hémorragies au cours du troisième mois de la grossesse. Nouvelle hémorragie le 2 août 1937, d'abondance moyenne. Le 13 août au matin, nouvelle hémorragie en même temps que des contractions utérines douloureuses apparaissent. Le 13 août, à 22 heures, l'examen donne les résultats suivants: H. U. 33 cm., présentation céphalique très élevée, bruits du cœur normaux, dilatation 5 fr. On sent du placenta partout, les membranes ne sont pas accessibles. L'hémorragie a persisté intermittente, l'état général est bon.

Intervention: à 22 h. 15, césarienne basse permettant d'extraire un enfant vivant du sexe féminin pesant 3.350 grammes. Le placenta est inséré au niveau d'un polype muqueux de la dimension d'une pièce de 5 francs, qui est retiré après la délivrance par révision utérine. Poids du délivre: 720 grammes.

XI. — Obs. n° 784, année 1938. (Maternité de l'Hôtel-Dieu).

Mme B..., 41 ans, secondipare, entre dans le service pour une hémorragie survenue le 13 mai 1938. Le 20 juin 1938, à 8 h. 15, les contractions apparaissent et l'hémorragie se reproduit, la présentation est très élevée et le col n'est pas modifié. A 12 h. 15, hémorragie très importante; vagin encombré de gros caillots; dilatation: 1 fr.; au travers du col, on ne sent que du placenta, les membranes ne sont pas accessibles. Les bruits du cœur foetal sont très ralentis. Etat général médiocre, visage pâle, pouls petit, ralenti (à 65).

Intervention: Césarienne basse classique qui permet l'extraction d'une fille vivante pesant 3.450 grammes. Poids du délivre: 560 grammes. Le placenta appartient à la variété recouvrante, il s'insère surtout en arrière et n'atteint pas la face antérieure du S. I.

Suites opératoires fébriles: Frissons et élévation thermique à 39°5 le 26 juin, puis abaissement progressif de la température qui redevient normale à partir du onzième jour.

XII. — Obs. (de la ville), 19 septembre 1938.

Mme B..., 29 ans, tertipare à terme. Première hémorragie importante à 16 h., le 19 septembre, aux premières contractions utérines douloureuses. Vers 18 heures, contractions faibles et espacées; un suintement sanguin persiste. Le fœtus est en présentation transversale avec tête dans la fosse iliaque gauche, les bruits du cœur sont normaux. Au toucher : vagin encombré de caillots, dilatation 50 centimes. On sent du placenta dans le col, on n'atteint pas les membranes. Etat général: bon. Pouls 72.

Intervention: A 20 heures, césarienne basse sous-anesthésie au balsoforme. Extraction d'une fille vivante pesant 3.500 grammes. Noter qu'à l'ouverture de l'utérus, une hémorragie importante se produit et qu'on tombe directement sur le placenta.

Suites opératoires: Simples.

XIII. — Obs. n° 1.574, année 1938. Maternité de l'Hôtel-Dieu.

Tertipare de 33 ans. D. R. 12-22 février 1938. Première hémorragie le 5 décembre 1938. H. U.: 31. Présentation céphalique élevée, dos à droite. Le 12 décembre, à 17 heures, les contractions utérines douloureuses apparaissent en même temps qu'une hémorragie. A 21 h. 45, l'hémorragie qui avait cessé reprend, la dilatation est à 1 fr. On sent dans le col des membranes rugueuses et du placenta. Rupture artificielle des membranes. Le 13 au matin, la dilatation est à 2 fr., un suintement sanguin persiste. A midi 45, dilatation entre 5 fr. et petite paume. La tête appuie mal sur le col; dans le col, on sent à gauche du placenta. L'orifice pratiqué dans le pôle inférieur de l'œuf est limité du côté droit par des membranes. Cet orifice est agrandi au doigt, bruits du cœur tantôt rapides, tantôt très ralentis. A 21 h. 30, situation sans chan-

gement. Les bruits du cœur sont très modifiés, par instant à peine perceptibles.

Ecoulement de sang noirâtre à la vulve en petite quantité. Température 37°6, pouls 82.

Intervention: Césarienne basse qui permet d'extraire une enfant du sexe féminin pesant 3.680 grammes. L'enfant est très pâle et présente des battements cardiaques, mais ne peut être ranimé. Le placenta est très étalé, peu épais, présentant des plages membraneuses. La rupture des membranes a été faite en plein placenta, à 4 à 5 cm. du bord des membranes, dans une zone amincie.

Suites opératoires fébriles: La température atteint 40° le 2° jour, puis s'abaisse progressivement pour redevenir normale à partir du 9° jour.

XIV. — Observation (de la ville), année 1942.

Primipare de 23 ans. Hémorragies au cours du travail. Placenta prævia centre pour centre. Césarienne basse conservatrice. Enfant vivant. Suites simples.

TRAITEMENT

La thérapeutique des hémorragies par insertion basse du placenta est toujours discutée et cette discussion porte surtout sur le choix à faire entre les méthodes chirurgicales. Il est cependant un fait admis : la décision à prendre pour l'intervention est différente au cours de la grossesse et pendant le travail.

Il n'est pas toujours nécessaire de recourir à une thérapeutique active. Les moyens médicaux peuvent suffire dans certains cas d'hémorragies peu abondantes, espacées, n'altérant pas l'état général.

Ce mode de conduite, utilisé au cours de la gestation, peut être très utile, car il permet l'expectative et peut-être d'arriver jusqu'au moment du travail, période à laquelle on peut savoir à quelle variété anatomique d'insertion basse on aura affaire : variété recouvrante ou non.

C'est donc l'appréciation de la gravité de l'altération de l'état général qui permettra la poursuite du traitement médical ou au contraire son abandon pour des moyens plus actifs.

I. AU COURS DE LA GROSSESSE.

Le traitement médical sera donc employé chaque fois qu'on le pourra sans faire courir de risques trop grands à la malade.

Il consistera en moyens simples : repos allongé au lit,

chlorure de calcium, opiacés en cas de contractions utérines, médication générale: méthode de Whipple ou autres.

En cas d'insuccès, on aura recours à la méthode du rurgicale dont on précisera plus loin les modalités.

— Le traitement obstétrical sera rejeté, car on ignore à cette période la variété anatomique du placenta qui est en cause. Le col étant fermé, on risque en outre d'aggraver l'hémorragie par des manœuvres intempestives et de rompre ainsi l'équilibre humoral et sanguin.

— Il reste donc le traitement chirurgical qui peut être soit la césarienne basse conservatrice, soit la césarienne mutilatrice avec hystérectomie en bloc.

— La césarienne conservatrice trouvera, lorsqu'elle doit être pratiquée pendant la grossesse, les mêmes arguments en sa faveur que ceux que nous allons voir au cours du travail.

II. AU COURS DU TRAVAIL.

C'est l'hémorragie qui commande l'intervention, et c'est surtout la variété anatomique du placenta qui dicte le mode d'intervention.

— *Insertion non recouvrante:*

On emploie les moyens obstétricaux. C'est d'abord la rupture des membranes suivant la méthode de Puzos: on les déchire largement, ce qui provoquerait la rétraction de l'utérus. La présentation fait alors tampon et l'hémorragie cesse.

En cas d'insuccès, on aura recours à l'intervention chiballon de Champetier de Ribes qui permet de terminer l'accouchement dès que la dilatation est suffisante.

— A défaut de ballon, dans un milieu chirurgical insuffisant ou dans certains cas d'enfant mort, on utilise la

méthode de Braxton Hicks: version bi-manuelle ou bipolaire dite encore manœuvre mixte.

Les procédés chirurgicaux seront finalement employés lorsque, l'hémorragie persistant malgré les moyens obstétricaux, l'accouchement ne se termine pas.

— *Insertion recouvrante:*

Il faut, dans ce cas, rejeter formellement les méthodes obstétricales et s'en tenir uniquement aux procédés chirurgicaux.

COUVELAIRE avec ses élèves, à la suite d'études établies d'après les statistiques de la Clinique Baudelocque, ont judicieusement précisé les indications des interventions chirurgicales.

Il résulte de leurs travaux que l'élément majeur commandant l'opération chirurgicale est constitué par l'hémorragie, lorsque celle-ci survient:

1° Pendant la gestation avec col non encore dilaté;

2° Pendant le travail dans les variétés de placenta recouvrant.

Les thérapeutiques de façon générale peuvent être classées en deux catégories:

1° *Intervention mutilatrice;*

2° *Intervention conservatrice.*

1° *L'intervention mutilatrice*, c'est la césarienne suivie d'hystérectomie. MAYER (thèse de Paris 1933) en rapporte 16 cas avec mortalité nulle. Elle a l'inconvénient d'entraîner la suppression de la fonction. Le sacrifice de l'utérus est d'autant plus pénible que la femme est plus jeune. Aussi les indications doivent en être minutieusement discutées.

2° *Les intervention conservatrices* sont au nombre de quatre: la césarienne corporéale, la césarienne avec exté-

riorisation temporaire de l'utérus — opération de Portes —, la césarienne vaginale et la césarienne basse.

— *La césarienne corporéale* expose à la contamination primitive de la cavité péritonéale, à la péritonite secondaire, à la désunion de la plaie utérine au cours des alternatives de contraction et de relâchement du muscle utérin. Elle n'a que peu d'indications dans l'insertion basse du placenta, car il s'agit toujours de cas impurs; les résultats statistiques des césariennes corporéales pratiquées pour les insertions basses du placenta indiquent une mortalité qui varie de 6 à 25 %.

La césarienne basse transpéritonéale a des indications discutées. MAYER, dans sa thèse, la réserve aux cas suivants :

a) Cas dans lesquels l'hémorragie est apparue pour la première fois ou survient chez une femme ne se trouvant pas dans un état d'anémie préexistant.

b) Cas se produisant chez des primipares ou chez des femmes jeunes, ces éléments entrant en ligne de compte pour le choix de l'opération conservatrice.

Nous admettons que la césarienne suivie d'hystérectomie, *seule*, est capable de sauver la femme dans certains cas. *Cependant, il faut chercher à étendre les indications de la césarienne basse conservatrice aux dépens de la césarienne mutilatrice qui n'est à pratiquer qu'avec regret.*

— L'étude des cas que nous rapportons montre les faits suivants :

I. Indications :

1° Presque toujours, c'est l'hémorragie qui a commandé l'intervention chirurgicale: 14 cas.

Six fois, il s'agissait d'une première hémorragie ou d'hémorragies récentes dans les jours ayant précédé immédiatement l'intervention. Huit fois, c'étaient des hémorragies à répétitions au cours de la grossesse.

2° Dans un cas, l'indication a été une procidence du cordon.

3° Dans un cas, une présentation de l'épaule a été l'élément déterminant de l'intervention. Un autre cas de présentation de l'épaule était associé à une hémorragie due à un placenta dans sa variété recouvrante.

II. — La variété d'insertion basse du placenta a été : onze fois une variété recouvrante, cinq fois une variété latérale.

III. — Pour ce qui concerne l'âge des femmes et la parité, nous notons que dix femmes étaient âgées de plus de 30 ans et nous avons noté : 5 primipares, 3 secondipares, 8 tertipares.

IV. — L'état d'anémie était variable avant l'opération : 7 fois il s'agissait d'une anémie grave, 6 fois l'anémie était moyenne, 2 fois elle était légère.

V. — L'état d'infection était net dans 3 cas. Il était probable dans 8 cas en raison des hémorragies à répétition, des touchers répétés, d'essais de thérapeutique obstétricale. Dans cinq cas, en apparence il n'y avait pas de risque d'infection.

VI. — Les résultats : pour les mères, il a été pratiqué 14 césariennes basses conservatrices, 2 césariennes hautes, et il y a eu 16 guérisons.

Parmi les cas de guérison, il y a eu 9 guérisons simples, 3 guérisons avec suites opératoires fébriles sans localisation, 2 phlébites des membres inférieurs dont une compliquée d'embolie.

Les cas avec suites opératoires fébriles ne sont pas le plus souvent ceux dans lesquels on avait redouté l'infection.

Pour les enfants, il y a eu un enfant mort qui ne put être ranimé, un autre était particulièrement pâle lors de son extraction et fut transfusé.

Notre statistique est particulièrement heureuse; nous n'ignorons pas le danger d'hémorragie au cours des césariennes basses en général et des césariennes basses dans les cas d'insertion vicieuse du placenta en particulier.

Nous pensons que, dans bien des cas, on doit faire cette opération. Si l'anémie est trop grande, à condition que la femme ne saigne pas à flots, il est nécessaire de faire une transfusion avec deux donneurs au besoin. Il est utile, si l'hémorragie a été importante au cours de l'opération, de pratiquer aussitôt après une nouvelle transfusion. Les transfusions sanguines pratiquées en temps opportun améliorent singulièrement le pronostic.

En cas d'anémie aiguë et persistance d'une hémorragie importante, la césarienne suivie d'hystérectomie est la seule opération logique.

Pour ce qui concerne le danger d'infection, il est incontestable qu'il existe: nous avons constaté dans un cas la présence de streptocoques hémolytiques à l'état de pureté au niveau de caillots qui avaient séjourné au niveau du pôle inférieur de l'œuf.

Cette infection a d'autant plus de chance de se manifester qu'elle est favorisée par l'état d'anémie; les suites fébriles, les thromboses veineuses sont fréquentes dans les suites opératoires. Dans nos observations, les complications infectieuses ont été légères. Au reste, nous pensons que dans un certain nombre de cas il peut être indiqué de pratiquer une césarienne basse avec exclusion du segment inférieur (suivant la technique de Jeannin), afin de se mettre à l'abri d'un certain nombre de risques en rapport avec l'infection.

Aussi, la sulfamidothérapie trouvera là une indication indiscutable.

Les difficultés techniques de la césarienne basse transpéritonéale dans les cas de placenta prævia sont réelles.

Le segment supérieur est mal développé, étant souvent

étroit, il « a peu de hauteur », il est épais. La présentation est élevée et n'appuie pas sur lui.

L'hémorragie par les sinus utérins peut être très importante, et dangereuse d'une part, en raison de cet état du segment inférieur, et d'autre part du fait de la situation de l'insertion placentaire sur ce même segment inférieur. On peut tomber directement sur le placenta. A ce sujet, nous signalons l'observation où le placenta de variété recouvrante était central: le centre du placenta correspondait à l'orifice interne et le placenta avait la forme d'une cupule régulière.

L'incision pour atteindre le fœtus avait traversé la face antérieure de la cupule sans en atteindre le bord supérieur.

Ces difficultés ne doivent pas cependant faire rejeter la césarienne conservatrice. Il est inutile d'insister à nouveau sur l'intérêt qu'il y a, au point de vue endocrinien, à conserver le système génital au complet, surtout s'il s'agit de femmes jeunes.

CONCLUSIONS

L'étude de nos observations nous permet de déduire les conclusions suivantes :

1° La plupart des cas où il est nécessaire d'agir en cas d'insertion basse du placenta, résulte de la gravité de l'hémorragie, c'est-à-dire soit de son abondance, soit de sa répétition.

2° La thérapeutique de l'insertion basse du placenta doit être différente suivant que l'hémorragie survient au cours de la grossesse ou pendant le travail.

3° Au cours de la gestation, on doit rejeter en principe la thérapeutique obstétricale et adopter les moyens chirurgicaux.

Au cours du travail, le mode d'intervention est variable suivant la variété anatomique de l'insertion basse du placenta.

a) Placenta non recouvrant : thérapeutique obstétricale.

b) Placenta recouvrant : thérapeutique chirurgicale.

4° Au cours du travail, le choix des techniques chirurgicales doit être fait entre :

a) L'opération césarienne conservatrice.

b) L'opération césarienne mutilatrice.

Pour notre part, nous pensons que très souvent,

grâce à l'amélioration de l'état général par des transfusions sanguines, l'opération césarienne peut être conservatrice.

La césarienne basse conservatrice nous paraît donc être le procédé de choix.

Vu,

Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu,

Le Président de la Thèse :
PORTES

Le Recteur de l'Académie de Paris :

Vu et Permis d'Imprimer
G. GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

- AIGNER (K.). — Die Häufigkeit der fetalen Missbildungen in Verbindung mit Placenta Prævia. — *Zbl. Gyn.* *LXIV*: 894-891, 1940.
- ANDERIODAS (J.), MAHON. — Sur trois cas d'hystérectomie pour hémorragie grave par placenta prævia. — *Bull. Soc. Obst., Gyn.*, *XXII*: 287-291, 1933.
- ANDERIODAS (J.). — Placenta Prævia central. — *Bull. Soc. Obst. Gyn.*, nov. 1936.
- BENEYTOUT (J.). — Pronostic de l'insertion vicieuse du placenta. Thèse de Paris, 1933.
- BERGH (H.). — Die Ergebnisse der Placenta Prævia Therapie an der Un. Frauenklin. Giessen 1915-1937. — *Ztschr. Geburtsh.* *CXIX*: 304-318, 1939.
- BICKENBACH (W.). — Die Schnittenbindung in der Behandlung der Eklampsie und Placenta Prævia. — *Zbl. Gyn.* *LXI*: 789-797, 1937.
- BICKENBACH (W.). — Die Stellung der Schnittentbindung in der Behandlung der Placenta Prævia. — *Geburtsh. Frauenh.* *II*: 68-78, 1940.
- BIDOIRE (A.). — Le tamponnement vaginal: traitement d'extrême urgence et d'attente en présence du placenta prævia. — *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, T. CIV, 560-563.
- BOHLER (E.), REILS (M.). — Considérations sur 22 cas de tumeurs prævia observées pendant l'accouchement. — *La Gynécologie*, mars 1935.

- BOUCHACOURT (C.). — Observation d'un cas de placenta prævia central suivi d'hystérectomie. — *J. des Prat.*, n° 2, p. 471-472, 1938.
- BOUCHACOURT (C.). — A propos d'une forme exceptionnelle de placenta prævia. — *Rev. Gén. Clin. thérap.* LXII: 23-24, 1939.
- BOWEN (G.-L.). — Management of placenta prævia. — *M. Clin. North Am.* XXI: 649-657, 1941.
- BROWN (V.-H.), DIPPEL (A.-L.). — Use and limits of radiography of the soft tissue in placenta prævia. — *Bull. Johns Hopk. Hosp.* LXVI: 90-105, 1940.
- BUCSAN (C.). — Contribution à l'étude du traitement obstétrical et chirurgical des hémorragies par insertion du placenta sur le segment inférieur. — Thèse Paris, 1928.
- BUE (V.), GERNEZ (L.). — Le traitement du placenta prævia hémorragique à la Clinique Obstétricale de la Charité de 1920 à 1935 (d'après 121 observations). — *Echo Méd. Nord*, 5 avril 196.
- BURGER (K.). — Richtlinien in der Behandlung der Placenta prævia. — *Zbl. Gyn.* LXIV: 1303-1307, 1940.
- BUSSE (H.). — Zur Behandlung der Placenta Prævia. — *Ztschr. arztl. Fortbild.* XXXVI: 515-517, 1939.
- CAMBON, GUIDONI. — Placenta prævia central avec fibrome du corps utérin. — *Bull. Soc. Gyn. Obst.*, n° 5: 449, 1938.
- CAMBON, PLASSE. — Lobe placentaire prævia. — *Bull. Soc. Obst. Gyn.*, n° 2: 86, 1939.
- CHANDELLIER. — Contribution à l'étude de l'insertion vicieuse du placenta dans ses variétés latérales et marginales. — Thèse de Lyon, 1936-1937.
- DAVEO (J.-P.). — Hémorragie par placenta prævia marginal, déclanchée par la méthode d'accouchement médical provoqué: césarienne. — *Bull. Soc. Gyn. Obst.*, n° 2, p. 78, 1939.

- DAVIDSON (A.-H.). — Treatment of placenta prævia. — *Irish J. M. Sc.*: 268-276, 1939.
- DAVIS (M.-E.). — Placenta prævia; present day treatment, collective Review. — *Int. Abstr. Surg. LXVIII*: 504-512, 1939, in *Surg. Gyn. Obst.*, mai 1939.
- DELMAS (P.). — Au sujet de la conduite à tenir en cas d'hémorragies par placenta prævia. — *Paris Méd.*, n° 50, 16 déc. 1933.
- DESIOUBRY (J.). — Les interventions chirurgicales dans le traitement du placenta prævia. — Thèse de Paris, 1925.
- DEVRAIGNE (L.). — Précis d'Obstétrique. — Collection Testut, Doin, éd., Paris, 1942, 1050 p.
- DIGONNET (L.). — Césarienne basse conservatrice et insertion basse du placenta (une statistique personnelle). — *Gynécologie, XXXVIII*: 144-157, 1939.
- DOLLE (E.). — Le traitement des hémorragies par insertion sur le segment inférieur d'après les observations recueillies dans les services du Professeur agrégé METZGER. — Thèse de Paris, 1934.
- DUBOS (P.). — La place de la césarienne basse conservatrice dans le traitement de l'insertion basse du placenta. — Thèse Paris, 1936.
- FALIS (F.-H.). — Use of progestin in obstetrical complications. — *South M. J.*, XXXI: 556-562, 1938.
- FAUDOT (G.). — Le traitement du placenta prævia. — Thèse de Paris 1940.
- FAVREAU. — Le traitement actuel du placenta prævia. Le point de vue du praticien. — *J. d'Obst. Gyn.*, n° 8, octobre 1933.
- FORTIER (J.). — Absès du Douglas à la suite de placenta prævia. — *Union Méd. Canada*, n° 1, janvier 1937.
- GIRARDIN (R.). — Traitement du placenta prævia au cours des dernières années. — *Soc. Fr. Obst. Gyn.*, oct. 1933.

- GÆCKE (H.). — Zur Behandlung der Placenta Prævia unter besonderer Berücksichtigung der vaginalen Entbindungen methoden. — *Zbl. Gyn. LXIV*: 11-15, 1940.
- HÉBERT (J.). — Le placenta prævia. — *J. des Praticiens*, n° 25, 23 juin 1934.
- HERRNBERGER (K.). — Zen Jahre Placenta prævia Behandlung der geburtshilflichen Poliklinik der Charité Frauenklinik. — *Geburtsh. Frauenh. I*: 268-276, 1939.
- HOGLER (H.). — Zur Technik der Schnittentbindung bei placenta prævia. — *Zbl. Gyn. LX*: 2726-2728, 1938.
- HOHAGE (E.). — Zur Behandlung der Placenta Prævia. — *Zbl. Gyn. LXIV*: 629-632, 1940.
- HOLTERMANN (C.). — Zur Anwendung des Accouchement forcé nach Delmas bei Placenta Prævia. — *Zbl. Gyn. LXI*: 2063-2071, 1937.
- JARCHO (J.). — Placenta Prævia; roentgen diagnosis, treatment and technique for induction of premature labor. — *Am. J. Surg. XLVIII*: 485-522, 1940.
- JEANNIN (C.). — L'insertion vicieuse du placenta. — *J. des Praticiens*, n° 13, 1^{er} avril 1933.
- KELLER (R.). — Résultats du traitement de 100 cas de placenta prævia observés à la Maternité de 1920 à 1932. — *Strasbourg Méd.*, n° 5, 15 février 1933.
- LAFONT, FULCONIS. — Du traitement chirurgical du placenta prævia. — *Bull. Soc. Obst. Gyn.*, XXII: 649-651, 1933.
- LAFONT, FULCONIS. — Le placenta prævia à la Maternité d'Alger. — *Rev. franç. Gyn. Obst.*, n° 3, mars 1934.
- LAMBERT (L.). — Trois cas de placenta prævia avec hémorragie traités par la méthode de Delmas. — *Liège Méd.*, n° 49, 4 déc. 1932.
- LAZAROVICI. — L'emploi du ballon de Champetier de Ribes dans la thérapeutique actuelle du placenta prævia. — Thèse de Paris, 1934.

- DE LÉE (J.-B.). — Fifty years of eclampsia placenta prævia and cesarean section. — *Proc. Int. Postgrad. M. A. North Am.*: 334-342, 1940.
- LEQUEUX. — Existe-t-il un traitement chirurgical du placenta prævia? — *Leçon Clinique Tarnier*, Paris, Vigot, éd.
- LEROY (L.-J.). — Du traitement du placenta inséré sur le segment inférieur; à propos de 60 cas observés à la Maternité de l'Hôpital Tenon. — Thèse de Paris, 1934.
- LLOYD, GIESEN. — Treatment of placenta prævia. Review of 286 cases. — *Brit. M. J.*: 1258, 11 juin 1938.
- MACIAS DE TORRES (E.). — La mortalité fœtale dans le placenta prævia. — *Rev. Franç. Gyn. Obst.*, août 1935.
- MARR (J.-P.). — Historical back-ground of treatment of placenta prævia. — *Bull. Hist. Méd.* IX: 258-293, 1941.
- MARTIN (E.). — Placenta prævia und vorderer Scheidenschnitt. — *Zbl. Gyn. LXV*: 171-172, 1941.
- MAYER (M.). — Le traitement chirurgical des hémorragies par insertion vicieuse du placenta à la Clinique Baudelocque de 1920 à 1931. — Thèse de Paris, 1933.
- MERCIER (A.). — Contribution à l'étude du traitement des hémorragies par placenta prævia. — Thèse de Paris, 1934.
- MICKULICZ RADECKI. — Placenta prævia. — *Munch. M. Woch.* n° 47, 21 nov. 1933.
- MONTAGNE (J.). — Six nouveaux cas de placenta prævia traités par évacuation extemporanée sous rachianesthésie. — *Bull. Soc. Obst. Gyn.* XX: 329-336, 1931.
- MOREL. — Placenta prævia central silencieux pendant la grossesse. Accouchement spontané d'un enfant vivant expulsé au travers du placenta. — *Bull. Soc. Obst. Gyn.*, n° 4, avril 1936.
- MOSETTIG. — Donnée statistique de la conduite de l'accouchement dans le placenta prævia. — *Wien. Med. Woch.* LXXXIX, n° 16, 22 avril 1939.

NANKIVELL. — Expulsion d'un placenta prævia avant le fœtus.
— *Brit. M. J.*: 527, 1937.

NERSON (H.), ISRAEL (L.). — Placenta prævia chez une femme atteinte de dyscrasie sanguine; intérêt des transfusions répétées. — *Strasbourg Méd.*, n° 6, p. 133, 1933.

PALACIAS COSTA (N.), FALSIA (M.-V.), NUNZIATA (I.). — La placenta prævia en el Instituto de Maternidad del H. Rawson (anos 1934 al 1938). — *Semana Med. I*: 1234-1238, 1940.

PALLIEZ (R.), GERNEZ. — A propos d'un placenta prævia traité avec succès par césarienne vaginale. — *Bull. Soc. Obst. Gyn.*, n° 7, p. '18, 1938.

PAUCOT, REEB. — Traitement chirurgical des hémorragies par insertion du placenta sur le segment inférieur. — *VIII^e Congrès Ass. Gyn. Obst. Langue F.*, Paris, 5-7 octobre 1933.

DE PERETTI DE LA ROCA. — Placenta prævia; septicémie à colibacilles consécutive à une hystérectomie pour hémorragie. — *Bull. Obst. Gyn.*, *XVIII*: 325-329, 1929.

RAVINA (J.). — La place de la césarienne vaginale dans la thérapeutique des hémorragies par insertion vicieuse du placenta. — *Rev. Méd. Franç.* *XVII*: 511-516, 1936.

REEB. — Le traitement du placenta prævia à la Clinique de Gynécologie et d'Obstétrique de Strasbourg pendant les années 1920 à 1932 et ses résultats. — *Strasbourg Médical*, n° 5, 15 février 1933.

RHENTER (J.), NOTTER. — Fibrome et placenta prævia, expulsion du placenta avant celle du fœtus. — *Bull. Soc. Obst. Gyn.*, n° 4: 246, 1939.

ROCMANS, CANON (R.). — Un cas de placenta prævia hémorragique à insertion segmento-servicale. — *Bruxelles Méd.*, n° 25: 750, 1940.

- ROUME (A.). — Le traitement chirurgical du placenta prævia. — *Rev. franj. Gyn. Obst.*, XXVIII: 1021-1035, 1933.
- SCHOCKAERT (R.). — Placenta prævia accreta reconnu lors de l'opération césarienne pratiquée pour placenta prævia. — Hystérectomie subtotale. — *Bruxelles Méd.* XX: 729-732, 1940.
- SCHWAAB (A.). — Le placenta prævia qui ne saigne pas pendant la grossesse. — *Presse Méd.*, n° 68, 25 août 1934.
- SERAFINO (X.), RAYNAUN (M.). — Sur un cas d'évolution spontanée de présentation de l'épaule avec placenta prævia. — *Marseille Méd.*, n° 3, p. 139, 15 fév. 1941.
- SIEGLER (S.-L.), SACHS (J.-J.). — Centrale placenta prævia with accessory lobe. — *Am. J. Obst. Gyn.* XLI: 901-902, 1941.
- SZEKELY (E.). — La mortalité actuelle par hémorragie due au placenta prævia. — Thèse de Paris, 1934.
- TASCH. — Indications élargies du procédé de Gauss. — *Wien. Klin. Woch.*, n° 19, p. 410, 9 mai 1941.
- TIMPANARO (O.). — Sul trattamento abdominale nella terapia della placenta prævia, contributo statistico, clinico e terapeutico. — *Riv. ital. gin.* XV: 473-486, 1933.
- TRILLAT (P.). — Traitement du placenta prævia par la césarienne basse. — *Bull. Soc. Obst. Gyn.*, novemb. 1936.
- VIGNES (H.). — L'insertion du placenta sur le segment inférieur. — *Exp. Sc. Fse*, Paris 1934.
- VIGNES (H.). — La méthode de Villette dans le traitement du placenta prævia. — *Rev. Gyn. Obst.*, n° 7-8, juillet-août 1941.
- VORON, BROCHIER, BOULIEZ. — Statistique portant sur 14 cas d'hystérectomie pour placenta prævia pratiquée à la Clinique Obstétricale de la Faculté de Lyon. — *Bull. Soc. Obst.* XXV: 475, 1936.
- WALLACE (J.-T.). — Uterine bleeding in last trimester of pre-

gnancy its diagnostic significance and treatment. —
Am. J. Obst. Gyn. XL: 128-132, 1940.

WEYMEERSCH (A.). — Le traitement du placenta prævia doit-il
être plus chirurgical? *Scalpel LXXXVI*: 1909-1921,
1933.

WOLF (R.). — Toxicose mortelle après césarienne pour placenta
prævia et traitement post-opératoire. — *Zbl. Gyn.*,
n° 18, 1942.

TABLE DES MATIERES

	Pages
I. — Introduction.	11
II. — Historique.	12
III. — Observations	18
IV. — Traitement.	32
V. — Conclusions	39
VI. — Renseignements bibliographiques	41

IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
P A R I S



